LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Syphiligraphie : Syphilide pustuleuse chez un hérédo-syphilitique par le Dr Barbe, 613. — **Bibliographie** : Éléments d'ophthalmologie journalière, par les Drs A. Puech et E. Fromaget, 613. — **Revue de la presse** : Sur la réaction paradoxale de la pupille, 614. — Atrophie génitale dans les maladies internes, 616. — **Académie de médecine**: *Séance du 15 septembre* 1895. — Présidence de M. Caventou, 616. — **IIe Congrès international de gynécologie et d'obstétrique** : Tenu à Genève du 31 août au 5 septembre 1896, 616. — Le traitement de supuration pelvienne, 616. — Traitement chirurgical des rétro-déviation de l'utérus, 618. — Le meilleur mode de fermeture de l'abdomen, 620. — Fréquence relative des rétrécissements du bassin suivant les différents pays, 621. — Traitement des prolapsus de l'utérus, résultats éloignés, 623. — Incontinence d'urine dans les prolapsus utérins au début, 623. — Hémorragies vestibulo-clitoridiennes pendant l'accouchement, 623. — Hystérie et éclampsie, 624. — Une forme peu connue d'altération épithéliale du col de l'utérus, 624. — **Memento pratique** : L'acide gallique dans les hémoptysies des tuberculeux, 625. — Iodure de potassium en pillules, 625. — **Variétés** : De la répression de la Pédérastie aux siècles passés, 626. — **Nouvelles**, 627.

SYPHILIGRAPHIE

Syphilide pustuleuse chez un hérédo-syphilitique

par le Dr Barbe.

L'enfant T., âgé de 17 mois, fut amené le 8 avril à la consultation dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine. Les renseignements fournis par la mère sont presque nuls, car l'enfant a été placé en nourrice peu de temps après sa naissance et n'a plus été revu par ses parents jusqu'aujourd'hui. Tout ce que la mère peut nous dire, c'est que l'enfant présente depuis l'âge de 7 mois une éruption presque exclusivement localisée à la partie des régions fessières et qu'il a depuis la même époque un coryza chronique.

L'éruption consiste en un groupement dans les régions précédemment indiquées de pustules confluentes, quoique distinctes, de la grandeur d'une lentille, aplaties, de couleur jaunâtre.

Cette éruption paraît être prurigineuse, surtout le soir, mais nous ne pouvons guère nous fier aux renseignements de la mère qui observe son enfant depuis quelques jours seulement. Entre les pustules existent des taches presque effacées qui sont probablement le reliquat de pustules guéries. De plus, sur la face postérieure de l'avant-bras droit, l'on observe quelques pustules plus larges, présentant une croûte plus foncée que celles des fesses, et enfin une pustule isolée sur la joue gauche. Rien aux organes génitaux, ni à la région périanale.

Le pourtour de l'orifice buccal, les cavités de la bouche et du pharynx ne présentent rien d'anormal.

Toutes les hypothèses pourraient être émises sur cette éruption (eczéma, hydrose...), si le diagnostic n'était éclairé par l'existence d'un coryza chronique, la déformation classique du nez qui consiste dans l'aplatissement de la racine de cet appendice et les caractères fournis par l'incisive médiane supérieure droite qui offre l'aspect de la dent d'Hutchinson.

De par tous ces signes nous croyons donc être ici en présence d'une éruption syphilitique.

BIBLIOGRAPHIE

Éléments d'ophthalmologie journalière, par les Drs A. Puech et E. Fromaget, anciens chefs de clinique à la Faculté de médecine de Bordeaux, un vol. in-16, 246 p., Paris, Société d'éditions scientifiques, 1896.

MM. Puech et Fromaget viennent de publier un livre qui, dans un format très réduit, renferme beaucoup de notions des plus utiles. On ne peut résumer un livre purement didactique, on ne peut qu'en indiquer la valeur et l'esprit. Eh bien! cet esprit est excellent et les auteurs font preuve d'un grand sens clinique C'est un livre réellement vécu; les auteurs ont certainement l'habitude de bien observer et de bien décrire ce qu'ils ont vu. Un oculiste exercé pourra différer d'opinion avec les auteurs sur bien des points de détail et critiquer un certain nombre de leurs formules, par exemple, l'emploi du collyre à la cocaïne dans les kératites ce qui nous paraît être une regrettable hérésie, déjà trop répandue, mais les auteurs s'adressent modestement aux étudiants et aux praticiens et ceux-ci peuvent s'en rapporter absolument à leur expérience.

A. Chevallereau.

REVUE DE LA PRESSE

Sur la réaction paradoxale de la pupille, communication faite à la Société des sciences médicales de Lyon, par le Dr Henri Frenkel, chef des travaux de clinique ophthalmologique à la Faculté de médecine. — J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade de la clinique ophthalmologique de M. le prof Gayet, suppléé par M. le prof agrégé Rollet, qui offre le phénomène si rare de la réaction paradoxale de la pupille. Ce phénomène consiste en ce que la pupille, tout en réagissant normalement à l'accommodation, se dilate sous l'influence de la lumière au lieu de se contracter.

Il s'agit d'un employé, âgé de 38 ans, qui s'est présenté à la clinique pour être débarrassé d'un strabisme divergent, intermittent et alternant. A première vue, on remarque que lorsque le malade fixe un objet un peu éloigné, le strabisme apparaît tantôt par déviation de l'un, tantôt de l'autre œil; on remarque aussi que la paupière de l'autre œil est tombante.

A l'examen plus attentif des organes visuels, il est facile de constater l'intégrité de la conjonctive, de la scléro-cornée, du cristallin, du corps vitré et de la choroïde. A l'ophthalmoscope, on voit autour de la papille du nerf optique, d'ailleurs normale, un léger staphylome postérieur. La rétine offre des vaisseaux qui paraissaient être animés de très légers battements du pouls (pouls artériel de la rétine de Quincke). A part ces deux particularités, le fond de l'œil est normal.

La recherche de l'état de la réfraction et de l'acuité visuelle donne les résultats suivants : OD = — 4 D 1/4; OG = — 3,5 D 1/3 (sans verres OD — 1/10, OG — 1/6). Le champ visuel donne à l'œil droit un léger rétrécissement pour le bleu et un rétrécissement concentrique plus prononcé pour les couleurs, avec conservation de l'ordre normal des couleurs; à l'œil gauche il y a un rétrécissement très prononcé pour le blanc et les couleurs du côté nasal, — on dirait de l'hémianopsie nasale à gauche. Faisons remarquer de suite qu'il y a des troubles moteurs du même côté, au même œil.

En effet, alors que la motilité extrinsèque est normale à l'œil droit, l'œil gauche offre, en outre d'un léger ptosis, encore de l'insuffisance, voire même une légère parésie (avec diplopie provoquée) du muscle droit interne. Tous les autres muscles des deux yeux sont normaux.

La pupille mesurée avec le pupillomètre de Robert-Houdin a un diamètre de 3 1/2 à 4 millimètres à droite et de 2 à 3 millimètres à gauche. Il y a donc au repos inégalité pupillaire.

Les réflexes de la pupille à l'accommodation sont normaux, qu'on fasse accommoder avec un œil ou avec les deux; la convergence reste associée aux efforts de l'accommodation.

Mais ce qu'il y a de plus intéressant, ce sont les changements dans les réflexes de la pupille à la lumière. Tant qu'on examine ce réflexe avec l'éclairage ordinaire du jour, il est difficile de voir le phénomène d'une façon nette; il devient d'une netteté très frappante dès qu'on se sert de l'éclairage artificiel et d'une loupe.

Lorsqu'on fait tomber la lumière sur l'œil gauche, la pupille reste d'abord stationnaire pendant 5 à 10 secondes, puis elle se dilate lentement pour atteindre de 2 millimètres qu'elle avait auparavant, 4 à 5 millimètres et même davantage; elle reste dilatée tant qu'on maintient l'éclairage et se contracte rapidement lorsqu'on éloigne la lentille éclairante. Qu'on projette la lumière du côté temporal ou du côté nasal, l'effet est le même. L'effet est encore le même, quand, au lieu d'éclairer l'œil gauche on éclaire l'œil droit; il y a donc dilatation consensuelle.

Du côté de l'œil droit, le réflexe se comporte différemment : ici l'éclairage de l'œil provoque immédiatement un très léger resserrement de la pupille, suivi immédiatement d'une dilatation qui peut, ou bien ramener la pupille à sa dimension normale, ou bien, ce qui est plus rare, la rendre plus large qu'au début. Ici encore le réflexe offre les mêmes caractères, qu'on le provoque du côté nasal, du côté temporal, par l'œil droit ou par l'œil gauche.

En somme, la réaction paradoxale : *a*) est très prononcée du côté gauche ; *b*) est peu prononcée ou n'existe pas du côté droit ; *c*) elle est consensuelle ; *d*) elle est retardée dans son apparition de plusieurs secondes ; *e*) enfin il n'y a pas de réaction hémianopsique (signe de Wernicke). Ajoutons encore qu'il existe chez notre malade une parésie dissociée de quelques muscles extrinsèques de l'œil gauche.

Ces particularités nous permettent de tenter une localisation de la cause qui a provoqué la réaction particulière de la pupille; cette cause ne réside pas dans le muscle irien lui-même parce qu'on peut provoquer le réflexe par l'œil droit; son siègne n'est pas dans la rétine et le nerf optique jusqu'au chiasma pour la même raison. La bandelette optique n'est pas touchée jusqu'au centre du nerf optique, parce qu'il n'y a pas de réaction hémianopsique de Wernicke. Enfin le nerf commun n'est pas touché dans son trajet périphérique, car sa paralysie est partielle, pas tant nucléaire. Il faut donc admettre que la lésion, la lésion il y a, siège ou bien dans les centres du sphincter de la pupille du droit interne et du releveur de la paupière à gauche, ou bien dans les fibres d'association entre ces centres et d'autres dont la nature sera discutée plus tard.

Pour savoir s'il y a lésion, étudions l'état somatique général du malade.

Dans ces antécédents il nie la syphilis, mais accuse de l'impaludisme et des excès alcooliques (absinthe) antérieurs. Pas de rhumatisme, ni de blennorrhagie, ni d'intoxication professionnelle. Il est marié depuis douze ans, mais n'a jamais eu d'enfants. Actuellement on constate une insuffisanee aortique avec gros cœur qui a déjà donné lieu à des phénomènes d'asystolie (œdèmes malléolaires, etc.), guéris par la digitale. Il n'y a ni albumine ni sucre dans les urines. Le système nerveux périphérique ne présente rien de particulier. Pas de stigmates d'hystérie. Le malade n'a jamais eu ni sciatique, ni crises gastriques ou urinaires, ni d'autres symptômes sensitifs. Il ne présente pas le signe de Romberg ; les réflexes patellaires sont normaux. Il nous a paru cependant, en le voyant marcher dans la rue, qu'il lance la jambe gauche en avant. Il n'offre pas le signe de l'escalier.

De ce rapide exposé de l'histoire pathologique de notre malade, nous pouvons conclure qu'il n'est pas illogique de localiser la cause de la réaction paradoxale de la pupille dans l'encéphale, au niveau des associations internucléaires, et de rattacher cette cause à l'insuffisance aortique (hémorragie localisée, variations brusques de la circulation, thrombose, embolies, etc.). Mais une analyse détaillée des circonstances qui accompagnent cette réaction paradoxale lui fait perdre tout ce qu'elle a de mystérieux.

Nous avons signalé au début de notre observation l'existence chez ce malade d'un strabisme divergent, intermittent et alternant, avec prédominance du côté droit. Or, lorsqu'on examine un peu longuement les yeux du malade, celui-ci accommode pour l'infini et laisse dévier son œil droit quand on examine son œil gauche, et quelquefois, mais pas toujours, il laisse dévier l'œil gauche. Il en résulte que la pupille gauche, qui a perdu son réflexe lumineux, reste d'abord stationnaire, puis, à mesure que l'œil droit se met en abduction, elle se dilate, d'où la prétendue réaction paradoxale. Par contre, la pupille droite, qui a perdu également son réflexe lumineux, se contracte quelquefois parce que l'œil droit fixé par l'observateur ne peut pas aller en abduction ; cependant quelquefois l'œil gauche est dévié en dehors et alors la pupille droite peut se dilater. La contre-épreuve est des plus instructives. Quand on force le malade d'accommoder pour un objet rapproché et quand on éclaire alors sa rétine, les deux pupilles restent immobiles tant que les globes oculaires sont immobiles ; au moment où les muscles droits internes se fatiguent, mais à ce moment seulement, commence la dilatation des deux pupilles, comme avec l'éclairage solaire, le malade se croit plus libre de ses mouvements, il accommode pour un objet quelconque, ne fatigue pas ses muscles oculaires et ne présente pas de dilatation pupillaire ; avec l'éclairage à la coupe le moment lui paraît plus solennel, il accommode pour l'infini, laisse aller son muscle droit externe du côté droit et offre le phénomène dit paradoxal.

Ajoutons que nous avons en vain cherché d'autres symptômes du côté du sympathique (exophthalmie, dilatation de la fente palpébrale) au moment de la réaction à la lumière et que la recherche de la dilatation de la pupille par des excitations sensitives est restée négative. De même la pression sur les globes oculaires n'a pas produit des changements notables dans la grandeur de l'ouverture pupillaire. Enfin, le réflexe cortical décrit par Haab n'a pu être mis en évidence chez notre malade.

De notre observation, on peut en rapprocher neuf autres, portant ou non l'étiquette de réaction paradoxale. Elles sont dues à Kahler, Raggi, Moselli, Jessop, Money, Marina, Mouchin, Oestraicher et Lépine. Une analyse critique de ces observations, qui sera publiée ailleurs, nous permet d'en tirer les conclusions suivantes :

1° La réaction de la pupille dite paradoxale ne présente rien de paradoxal.

2° Dans tous les cas publiés, il s'agissait soit de l'ataxie locomotrice, soit de la paralysie générale, soit de syphilis méningée ou encéphalique.

3° Dans tous les cas publiés le réflexe de la pupille à la lumière était éteint avec conservation du réflexe à l'accommodation et à la convergence.

4° Dans la plupart des cas, la dilatation de la pupille était le fait des mouvements associés avec les mouvements de divergence, quelquefois à la faveur d'une paralysie ou parésie des muscles adducteurs de l'œil.

5° Dans d'autres cas, la dilatation était secondaire à de l'hippus réflexe et ne différait pas comme intensité de celle qu'on peut observer sur des pupilles normales longtemps éclairées.

6° Exceptionnellement des influences psychiques et sensorielles peuvent provoquer des dilatations passagères de la pupille, alors que la contraction initiale manque du fait de la rigidité pupillaire.

7° En effet la condition dominante qui rend facile la constatation d'une dilatation pupillaire pendant et non du fait de l'éclairage est l'existence du signe d'Argyll-Robertson.

8° Toutefois, la présence du signe d'Argyll-Robertson n'est pas une condition sine qua non, ainsi qu'en témoigne le cas récent de M. Lépine (1) qui a observé la réaction paradoxale chez un homme hystérique.

---

(1) Bibliographie : Kahler, *Prager med. Woch*, t. XII, n° 17 ; A. Raggi, *R. C. del Ins. Lomb. di scienze ed lett*, Milano, 1885, V, XVIII, p. 634. E. Moselli, *Arch. di Psch., sc. pen. ed Antrop. crim*, Torino, 1886, V. VII. p. 1, 2 ; W. C. Jessop, *Ophthalm. Review*, 1885, p. 370 ; A. Money, *Lancet*, 1889, t. I, p. 170. ; A.-R. Marina, *Arch. für Psych.*, 1889, t. XXI, p 156. ; Mouchin, *Archiv Psychiatrii*, en russe, 1893, t XXII. p. 89. ; Oestreicher, *Berliner klin. Woch*, 1890, p. 123. ; R. Lépine, *Lyon Médical*, t. LXXXII, p. 78

Atrophie génitale dans les maladies internes. par le Dr Fischer, (*Deutsche med. Zeitung*, n° 72, 1896). — On a depuis longtemps et fréquemment observé l'atrophie génitale dans la tuberculose. Cependant il ne s'agit pas là d'un symptôme constant, invariable. L'atrophie génitale causée par la tuberculose n'a aucun rapport avec la fièvre ou l'état nutritif amenés par la tuberculose, elle se manifeste également dans les conditions normales et dans la puerpéralité. Les lésions atrophiques portent d'abord sur les ovaires qui deviennent plus petits et s'atrophient, puis tombent par suite du relâchement de leurs moyens de contention. Dans un état d'atrophie avancée, les ovaires sont représentés par des corps durs, rugueux, du volume d'une noisette. Pour l'utérus, on a décrit l'atrophie concentrique qui se traduit par une diminution de la cavité utérine et l'atrophie concentrique avec dilatation de cette cavité ; c'est la première forme qu'on trouve dans la tuberculose. L'utérus devient plus petit en même temps que les parois sont plus minces et plus molles, à l'inverse de ce qu'on observe dans l'atrophie sénile. L'atrophie commence par le corps et s'achève par le col qui devient plus petit sans pour cela s'effacer complètement. L'orifice qui présente presque toujours des érosions se rétrécit. L'atrophie est moins prononcée sur le vagin et la vulve.

Le premier symptôme qui attire l'attention des malades et des médecins est l'aménorrhée ; parfois cependant les malades se plaignent de douleurs lombaires, de tiraillement et de pertes. Les seins s'atrophient ainsi que la couche graisseuse qui les entoure ; la peau est plissée et sèche ; les jeunes femmes présentent l'aspect d'une sénilité précoce. Mais la stérilité ne s'établit que dans les périodes tardives de la maladie.

Presque toujours l'atrophie est progressive, mais elle peut s'arrêter si la tuberculose s'améliore, les tissus atrophiés peuvent se restaurer et les troubles fonctionnels disparaître en partie. Quant à la pathogénie de ces lésions atrophiques, Fischer admet une altération du sang dans la tuberculose, mais ici c'est plutôt l'action toxique qui intervient que la diminution numérique des globules. C'est aussi à une action toxique que Fischer a attribué l'atrophie génitale après la thyroïdectomie, dans le myxœdème et la maladie de Basedow ; c'est également une atrophie d'origine toxique que produit l'emploi prolongé de l'opium et de la morphine. Enfin les lésions atrophiques de l'appareil génital ont été observées dans le diabète et dans la néphrite.

Un deuxième groupe de causes d'atrophie génitale est représenté par les affections ovariennes consécutives des maladies infectieuses. Les symptômes cliniques de ces affections, dus en partie à des influences toxiques, sont habituellement masqués par les phénomènes plus bruyants de la maladie principale.

Comme résultant de processus inflammatoires chroniques, il faut signaler l'atrophie des ovaires au cours de l'alcoolisme chronique. Cette atrophie est comparable aux lésions dont le foie est le siège dans les mêmes circonstances, ou bien résulte d'une périovarite chronique Au point de vue clinique, l'atrophie due à l'intoxication phosphorée et arsénicale a peu d'importance.

Scanzoni a décrit les premiers cas d'atrophie génitale de cause nerveuse ; cette atrophie s'était constituée à la suite de la paralysie des membres inférieurs ; elle a été peu étudiée jusqu'à présent.

Fischer cite encore parmi les causes de l'atrophie génitale la chlorose, l'obésité, la maladie d'Addison, et fait remarquer que certaines maladies internes peuvent entraîner l'atrophie par la compression. Enfin il a employé depuis 4 mois des tablettes de substance ovarienne dans les atrophies génitales, mais bien que les résultats soient peu encourageants, il continue l'essai afin de pouvoir juger la valeur de la médication.

L. J.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 septembre. Présidence de M. Cavento

Après la lecture de la correspondance, M. le Président annonce la mort de M. Jules Rochard, ancien président de l'Académie, et lève la séance en signe de deuil.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Tenu à Genève du 31 août au 5 septembre 1896.

(*Suite et fin*) (1).

Le traitement des suppurations pelviennes. — (*Suite de la discussion*). — M. Hartmann (de Paris). Un certain nombre de malades guérissent par le simple traitement médical. Il est donc indispensable, sauf le cas de foyer suppuré, avant toute intervention opératoire, d'attendre les effets du repos au lit combiné à l'antisepsie vaginale. Le traitement intra-utérin, dilatation, curettage, donne quelquefois de réels succès, mais jamais lorsqu'il s'agit de grosses lésions localisées ou de tumeurs annexielles circonscrites. La simple incision vaginale nous semble applicable aux collections saillantes dans le cul-de-sac postérieur et aux foyers suppurés unilatéraux et pas trop haut situés. L'hystérectomie vaginale est formellement indiquée dans les suppurations pelviennes avec foyers multiples et gangue immobilisant l'utérus. Elle est admissible dans les lésions bilatérales évidentes de moyen volume. Pour toutes les grosses tumeurs, les lésions haut placées, quand il n'y a pas bilatéralité, nous préférons la voie abdominale, quitte à faire suivre, le cas échéant, la castration bilatérale de l'ablation de l'utérus lorsque cet organe est gros, suppurant et friable.

M. Henry Delagénière (du Mans). Il est des cas de suppurations pelviennes pour lesquels les interventions classiques, la colpotomie, l'hystérectomie vaginale, la lap-

(1) Voir *France Médicale*, n° 37, p. 603.

rotomie suivie de l'ablation des poches, sont notoirement insuffisantes. Les unes peuvent laisser intactes des poches suppurées, si celles-ci sont haut situées ou très nombreuses, d'où échec thérapeutique. L'autre expose à laisser en place un utérus malade. Pour les cas où ces méthodes de traitement paraissent devoir échouer, j'ai recours à la castration abdominale totale. Je considère donc cette opération comme une opération d'exception, une méthode complémentaire des 3 autres. Je choisis la voie abdominale toutes les fois qu'il y a quelque incertitude dans le diagnostic; quand l'utilité de l'ablation de l'utérus est douteuse; enfin quand l'opération faite par le vagin présente quelque difficulté particulière. Restreinte à ces proportions, la castration abdominale totale est une opération rarement indiquée; mais elle nous paraît remplir une lacune importante dans le traitement des suppurations pelviennes.

Quant à la question des résultats définitifs, la castration abdominale totale donne des résultats incomparables, tels que je n'en ai jamais observé avec les autres méthodes; la guérison est rapide et radicale: elle l'a été du moins chez 8 malades sur 10, que j'ai opérées. Ce sont ces résultats définitifs qui m'ont paru surtout importants et sur lesquels j'attire l'attention du Congrès.

M. Péan (de Paris) donne le résultat de ses recherches sur les résultats de 350 hystérectomies vaginales pour suppurations pelviennes. Ces chiffres démontrent que la castration vaginale n'expose pas plus que la laparotomie à léser les organes voisins. Elle est applicable à toutes les suppurations pelviennes d'origine génitale, assure facilement le drainage et donne des résultats durables surtout lorsqu'elle est pratiquée rapidement et même lorsque l'opérateur croit devoir laisser une portion des annexes.

La mortalité ne doit pas dépasser de 1 à 4 pour 100. Quant aux résultats éloignés, l'opération a eu une influence heureuse sur nombre d'affections intercurrentes dans un intervalle qui a varié de 2 mois à 3 ans.

M. Doyen (de Reims), réclame la priorité pour son procédé d'hystérectomie vaginale et s'engage dans une discussion tout à fait personnelle à l'égard de MM. Péan et Segond.

MM. Segond et Péan répondent très vertement aux prétentions de M. Doyen.

M. Segond (de Paris). Je me rallie aux conclusions du rapport de M. Bouilly et limite la communication que j'avais prévue tout d'abord. Les points sur lesquels je veux seulement attirer l'attention sont les suivants :

La méthode de Péan me paraît généralement ignorée. Elle comprend un ensemble de procédés opératoires; la nécessité qu'il y a de varier le procédé opératoire avec les cas différents. Il n'y a pas un procédé unique d'hystérectomie vaginale toujours le même, il y en a plusieurs et l'on ne saurait dire toujours d'avance si l'on procédera de telle ou telle façon. Il faut commencer toute hystérectomie par la libération du col et l'hémostase de la base des ligaments larges, qu'on enlève le col ou non. C'est le meilleur moyen de ne pas blesser l'uretère qui se trouve ainsi, dès le début de l'opération, rejeté sur le côté.

M. Paul Reynier (de Paris). Presque toutes les suppurations pelviennes peuvent être abordées par la laparotomie et nous avons des procédés de drainage pour lutter contre la contamination du péritoine qui nous la rendent bien moins à craindre que ne veulent le dire les hystérectomistes à outrance. Toutefois dans certaines formes de paramétrites dans lesquelles l'utérus est immobilisé, perdu, la laparotomie est plus périlleuse, surtout à cause du choc opératoire. L'hystérectomie me paraît moins dangereuse dans les cas de grosses lésions, si toutefois on la conduit prudemment, en prenant le temps nécessaire pour abaisser l'utérus.

Si la laparotomie m'a toujours permis de faire une opération complète, il n'en est pas de même de l'hystérectomie.

Les annexes ne s'atrophient pas une fois l'utérus enlevé. Les malades continuent à souffrir d'une ou des annexes qu'on n'a pu enlever, et sont exposées à d'autres accidents nécessitant d'autres opérations. Or, opération incomplète pour opération incomplète, je suis arrivé à pratiquer plus souvent, chaque fois que cela m'a été possible, l'ouverture des collections purulentes par le cul-de-sac postérieur qui me fournit, comme l'hystérectomie, une voie déclive pour l'écoulement du pus.

Comme opération primitive, je fais cette dernière de préférence dans les abcès utérins, ouverts dans une cavité voisine, surtout dans le rectum. Je la fais encore dans les salpingo-ovarites anciennes compliquées de poussées de pelvi-péritonite qui donnent naissance à une masse diffuse qui englobe l'utérus et dans laquelle, ainsi que le faisait remarquer M. Bouilly, il est impossible de rien sentir ni au palper, ni au toucher, enfin dans les utérus fibromateux compliqués de suppurations péri-utérines.

En dehors de ces cas je reste toujours plutôt disposé à intervenir par la laparotomie, particulièrement pour les pyo-salpinx, les salpingo-ovarites suppurées, laissant une certaine mobilité à l'utérus, et enfin chaque fois que je ne puis être sûr de la bilatéralité de la lésion. C'est vraiment alors que la laparotomie me paraît être l'opération de choix, car seule elle donne la certitude de faire une opération complète, de limiter notre intervention et d'arriver à un résultat définitif.

M. Laroyenne (de Lyon). Les suppurations pelviennes uni ou bilatérales, constituées par des loges multiples juxtaposées ou superposées, ne sont pas des contre-indications pour l'incision vaginale. La ponction et le débridement permettent d'atteindre et de reconnaître les autres cavités, et l'on peut attirer dans le vagin et réséquer au-dessus d'une pince les organes malades (trompes, ovaires). Dans les collections haut placées, la vessie est d'un voisinage dangereux; avec mon trocart courbe aidé de la pression hypogastrique on ponctionne la collection à la partie postéro-inférieure. De même pour les petits pyo-salpinx. Plus inoffensive que la laparotomie et l'hystérectomie, elle a l'avantage d'être conservatrice. Les débridements vaginaux ainsi pratiqués ouvrent assez largement tous les foyers.

M. Duret (de Lille) limite sa communication aux suppurations pelviennes compliquées.

Les suppurations multiples sont causées par des infections intenses streptococciques qui se diffusent par la voie muqueuse, lymphatique, séreuse. Les processus scléreux tantôt se limitent à un côté de l'appareil génital, tantôt gagnent les deux côtés. Ces deux complications pathologiques offrent une gravité particulière et créent des difficultés opératoires diverses.

M. Segond (de Paris). J'adopte toutes les idées et tous

les détails contenus dans le rapport de Bouilly. Parmi les contre-indications dans les suppurations pelviennes, il en est une, c'est le volume de la tumeur. Je suis partisan de la contraction abdominale totale, procédé américain si bien mis en lumière par Delagénière, du Mans. Dans l'hystérectomie vaginale, les manœuvres opératoires doivent varier suivant les cas. Ce sont questions de détails sur lesquels je ne veux pas insister.

Traitement chirurgical des rétro-déviations de l'utérus. — M. S. Pozzi, rapporteur. *Conclusions*, I. — Les syndromes cliniques désignés sous les noms de rétro-version et de rétro-flexion de l'utérus ne constituent pas des entités morbides distinctes.

II. — La déviation en arrière de l'utérus, simple ou avec flexion, s'observe dans deux conditions radicalement différentes :

a). Relâchement des ligaments sans adhérences dû à une péri-métro-salpingite antérieure. C'est la rétro-déviation mobile ;

b). Adhérences postérieures, surtout autour des annexes après une périmétrite ou une péri-oophoro-salpingite. C'est la rétro-déviation fixe. Cette dernière est de beaucoup la plus fréquente.

III. — Pour les rétro-déviations mobiles, on devrait substituer aux noms de rétro-version et de rétro-flexion celui de mobilité (excessive) de l'utérus. En effet, l'orientation en arrière est simplement ici l'attitude la plus naturelle de l'utérus qui a perdu sa fixité, et, par suite, son antécourbure normale.

IV. — Tout traitement chirurgical qui se propose, ici, de fixer l'utérus redressé par un point limité de sa surface ne peut avoir que des résultats temporaires. La traction constante sur le point d'attache artificiel produit de nouveau le relâchement. Telle est la cause des insuccès presque constants, à échéance plus ou moins longue, de l'opération d'Alexander et d'autres opérations analogues. L'hystéropexie abdominale, la vagino et la vésico-fixatiou ne paraissent donner également qu'une stabilité temporaire. Du reste, beaucoup de ces opérations doivent être rejetées parce qu'elles créent un danger pour un accouchement ultérieur.

V. — Le traitement rationnel de la rétro-déviation mobile ou, pour mieux dire, de la mobilité (excessive) de l'utérus, est complexe et doit se proposer de répondre à diverses indications :

a) Guérir la métrite, très fréquente en pareil cas, par les moyens appropriés (curettage, amputation du col, etc.) ;

b) Restaurer le périnée souvent déchiré ou relâché, par une opération plastique largement pratiquée ;

c) Faire porter à la malade un pessaire qui fixe le col en distendant le cul-de-sac postérieur du vagin, et une ceinture hypogastrique qui régularise la pression intra-abdominale.

VI. — Le traitement de la rétro-déviation fixe de l'utérus se réduit à celui des lésions qui l'ont amenée, et qui la maintiennent.

En effet, la rétro-déviation n'est ici, en réalité, qu'un épiphénomène. L'élément morbide principal n'est pas la déviation, ni même les adhérences, mais bien l'état maladif de l'utérus, de la trompe et de l'ovaire ; la question chirurgicale doit donc se transporter sur ce terrain nouveau et le traitement est surtout basé sur le degré plus ou moins grand de lésion des annexes ou de l'utérus.

VI. — Beaucoup de rétro-déviations fixes sont indolentes, constituent des lésions de guérison acquises et tolérées, puis les symtômes morbides surviennent si ces utérus déplacés et adhérents sont de nouveau atteints de métrite. La guérison opératoire de l'utérus par des moyens appropriés suffit alors pour faire disparaître les accidents, si les annexes sont peu ou point atteintes.

VII. — Dans d'autres cas l'examen clinique permet de reconnaître que les lésions sont prédominantes du côté des annexes, et que s'il existe de la métrite concomitante elle est deutéropathique. La laparotomie est alors indiquée. Trouve-t-on des lésions légères des annexes, une ovarite scléro-kystique sans oblitération des trompes, servant de point de départ aux adhérences, on devra faire une opération conservatrice et se borner, après avoir détruit celle-ci, à pratiquer l'ignipuncture ou la résection partielle de l'ovaire, selon les cas. L'utérus se redresse de lui-même après la destruction des adhérences. Pour plus de sûreté, j'ai pendant longtemps complété l'opération par l'hystéropexie abdominale. Je ne le fais plus maintenant par crainte des accidents ultérieurs de dystocie. J'ai, du reste, obtenu ainsi d'aussi bons résultats.

S'agit-il de lésions plus ou moins profondes de l'ovaire et des trompes avec oblitération de ces dernières, on fera la castration, car la fécondité est définitivement abolie. L'utérus se redresse par suite du raccourcissement des ligaments que produit la ligature des pédicules.

Ces opérations sur les annexes amènent la guérison de tous les symptômes morbides faussement attribués à la seule rétro-déviation de l'utérus.

VIII. — Il est des cas où le meilleur traitement d'une rétro-déviation est l'hystérectomie vaginale. Ce sont ceux où il s'agit de lésions anciennes et bilatérales des annexes, compliquées de métrite chronique avec hypertrophie de l'utérus. En effet, en pareil cas, l'extirpation des annexes par l'abdomen après destruction des adhérences laisse l'utérus, lourd et volumineux, se renverser de nouveau dans le cul-de-sac de Douglas. On est donc autorisé à avoir recours dans ces cas exceptionnels à l'hystérectomie vaginale totale.

M. Péan arrive aux conclusions suivantes :

1° Le traitement chirurgical des rétro-déviations diffère suivant que celles-ci sont mobiles, peu adhérentes, extrêmement adhérentes ;

2° Les rétro-déviations sont mobiles, le pessaire est un traitement suffisant à la condition de se servir du pessaire métallique qui peut être nettoyé à volonté, tels que ceux d'aluminium ;

3° Pour favoriser l'application de ces instruments, il ne faut pas craindre de recourir à la périnéorraphie et à l'élytrorraphie, en cas de déchirure du périnée, de cystocèle, de rectocèle ou de prolapsus utérin ;

4° Lorsqu'il y a des adhérences récentes, molles, faciles à détacher qui rendent l'existence intolérable, il faut s'efforcer de rendre l'utérus mobile le plus vite possible par des moyens médicaux. Si l'on n'y parvient pas, on doit recourir au redresseur articulé de Sims ou au massage vaginal de Thurebrandt qui donne d'excellents résultats ;

5° Si le détachement des adhérences ne peut être obtenu par ce moyen et si les souffrances persistent, il ne faut pas craindre d'introduire le doigt dans le cul-de-sac de Douglas par la voie vaginale pour explorer l'état de l'utérus et des

annexes; pour enlever les petites tumeurs des trompes et ovaires et pour rompre les adhérences de façon à rendre à ces organes leur mobilité ;

6° Si, malgré ces soins, les douleurs persistent, il faut prévenir les récidives, pour cela il faut donner la préférence aux méthodes qui fixent le mieux la paroi antérieure de l'utérus en avant ;

7° Notre méthode consiste à fixer la face antérieure de l'utérus à la face postérieure de la vessie, après avoir dénudé ces organes de leur feuillet péritonéal sur la ligne médiane ;

8° Nous faisons d'abord la résection supra-vaginale du col, nous conservons sa muqueuse, puis, quelques semaines après, nous faisons la deuxième opération à savoir : section bilatérale de la muqueuse vaginale, ouverture du cul-de-sac postérieur, détachement des adhérences avec les doigts, ouverture du cul-de-sac antérieur du vagin, bascule du fond de l'utérus à l'aide des doigts et des pinces, avivement du péritoine qui recouvre la face antérieure du corps de l'utérus et de celui de la face postérieure de la vessie au niveau de la ligne médiane sur une hauteur de 4 centimètres, suture des surfaces avivées avec des crins de Florence superficiels et profonds ;

9° Si l'utérus est maintenu en rétro-flexion par des adhérences nombreuses et extrêmement résistantes, on trouve dans le tissu des ovaires, des trompes et des organes voisins des modifications profondes qui rendent la chirurgie conservatrice des plus dangereuses. En pareil cas la castration totale est indiquée et permet, comme le prouvent nos statistiques, de remédier à ces désordres.

M. Paul Petit (de Paris). conseille le pessaire pour les rétro-déviations simples récentes. Si elles sont anciennes et mal tolérées ou causes de stérilité, l'intervention chirurgicale directe est nécessaire, mais elle doit répondre aux exigences de la chirurgie conservatrice.

M. Paul Reynier (de Paris). Il importe de distinguer les rétro-versions des rétro-flexions. L'une et l'autre sont symptomatiques plutôt que des maladies véritables. La rétroversion est une affection bénigne, une résultante de la flaccidité de l'appareil suspenseur de l'utérus consécutive à l'accouchement. J'emploie de préférence ici l'Alexander, combiné avec la réfection du plancher périnéal si cela est nécessaire. On fait ainsi disparaître la sensation si pénible de pesanteur, mais on ne supprime pas les douleurs, car la métrite est responsable de celle-ci et il importe de la traiter à part. La rétro-flexion, au contraire, est symptomatique de lésion inflammatoire des annexes et de paramétrite ayant créé des adhérences, souvent anciennes et fixant l'utérus. La métrite joue donc encore ici un rôle considérable. Aussi l'Alexander me paraît absolument contre-indiqué, car il amène en avant le fond de l'organe qui n'en reste pas moins courbé en arrière, aussi n'obtient-on par ce moyen aucun soulagement de la douleur. J'ai dû employer la laparotomie chez des malades opérées par l'Alexander et continuant de souffrir; elle seule permet de se rendre compte de l'état des adhérences et de les détruire efficacement.

Quant à l'hystéropexie, je l'exécutais d'abord, en passant des fils de soie en plein tissu utérin ; j'ai eu des suppurations, des fistules dues à l'infection des fils par les organismes répandus dans les couches musculaires de l'utérus atteint de métrite, puis j'ai passé ces fils à travers le ligament large au-dessous de l'insertion du ligament rond et je n'ai plus depuis cette époque des insuccès.

M. Blondel (de Paris) conseille dans les rétro-déviations mobiles de rechercher toujours les déplacements du coccyx, douloureux ou non. S'il n'est pas douloureux, un bon pessaire remédiera à la fois au déplacement du coccyx et de l'utérus. Si la douleur est le phénomène dominant, et si l'ablation des annexes n'est pas formellement indiquée, la coccygectomie, avec réinsertion du releveur de l'anus sur le sacrum, trouvera son indication. Comme cette opération n'est ni dangereuse, ni plus difficile que toutes celles qui ont été imaginées pour fixer l'utérus en avant, elle pourra être tentée avec avantage.

M. Stapfer (de Paris) apporte au Congrès le résultat de 35 cas de rétro-déviation utéro-annexielle traités par la kinésithérapie (massage et gymnastique). Il conclut que ce traitement (massage et gymnastique) est supérieur par son innocuité et par ses résultats. Il doit être bien conduit. Les opérations chirurgicales ne constituent ou ne doivent constituer que des exceptions. Il blâme même l'emploi des pessaires, tout en reconnaissant qu'ils ont des avantages, mais leurs inconvénients ne sont pas compensés par ces avantages.

M. Chamoin (de Paris). Une pratique déjà longue me permet d'affirmer hautement l'utilité des applications électriques dans les déviations utérines en général, et leur réelle efficacité en particulier dans le traitement des rétroversions et des rétro-flexions.

Quand il s'agit de rétro-déviations récentes, mobiles, les applications électriques sont tout indiquées : elles prennent le pas sur l'intervention chirurgicale. On les accompagne alors, bien entendu, du traitement médical et hygiénique approprié; on les fait précéder, en tant que besoin, des manœuvres utiles, plus particulièrement du taxis; on conseille à la malade une position du corps telle que le déplacement utérin ait, par ce seul fait, tendance déjà à se réduire ; et, dans ces cas, les électrisations bien conduites, appliquées avec toute la patience et la persévérance désirables, donnent les meilleurs résultats.

Entre des mains quelque peu expertes elles ne se bornent pas à être palliatives, elles amènent dans la statique utérine, de même que dans l'endolorissement ou l'hyperesthésie de l'organe dévié et des organes du voisinage, une très grande amélioration.

En présence de rétro-déviations adhérentes et anciennes, les électrisations ont ici un rôle secondaire, bon nombre de rétro-déviées.

Les courants électriques que j'emploie dans le traitement des rétro-déviations sont, suivant les cas, ou faradiques ou continus, voire même statiques.

Souvent il est bon de faire appel successivement à ces divers courants ou de les utiliser alternativement.

La technique des diverses applications électriques est ici relativement facile bien que toujours délicate. Je dois renoncer à en exposer les détails dans une note aussi restreinte. Je me bornerai à dire que, pour les courants continus, je place toujours l'électrode positive dans la cavité utérine, la négative étant appliquée transversalement et assez largement sur le bas-ventre, en couvrant les orifices inguinaux de chaque côté. L'emplacement réciproque des électrodes de faradisation n'a pas la même importance et je les alterne fréquemment.

Je me trouve bien d'employer pour la faradisation une électrode externe bifurquée, c'est-à-dire à deux tampons s'appliquant à chacun des orifices inguinaux. Dans tous les cas, je m'entoure de toutes les précautions antiseptiques de rigueur.

Inutile, je pense, d'ajouter que les applications électriques dans le traitement des rétro-déviations doivent être utilisées avec le plus grand discernement.

M. Ch. Boisleux (de Paris). Le meilleur et le plus sûr est le plus ancien procédé, le procédé d'Olshausen, la ventro-fixation du fond de l'utérus. Mais il faut le fixer de manière à lui conserver sa mobilité normale.

Mme Boyer (de Paris). La rétro-déviation n'est pas une maladie par elle-même. Si les malades accusent de la douleur ce sont les lésions de voisinage qui en sont la cause (métrites, annexites, périophorites, adhérences, tiraillements des ligaments). Dans 30 observations où j'ai appliquer le massage, j'ai obtenu la complète cessation des phénomènes douloureux même quand l'utérus est laissé dans sa position anormale. Donc je pense qu'il est indispensable avant toute intervention chirurgicale de pratiquer le massage. Je complète en outre ce traitement par le tamponnement glycériné des culs-de-sac.

Le meilleur mode de fermeture de l'abdomen — M. Granville Banck. *Conclusions.* — 1° Les bactéries ne sont pour rien dans la genèse de la suppuration, car elles sont l'effet et non la cause des conditions spéciales dans lesquelles on les rencontre. Les abcès survenant dans les plaies ou sur le trajet des sutures ne sont pas dus à la pénétration de « germes » ou de bacilles adultes, mais proviennent dans le premier cas de la présence de matière morte agissant comme corps étranger et dans le second de la compression des tissus, produite par des sutures trop serrées;

2° A l'ordinaire la simple suture à points séparés suffira à toutes les exigences de la pratique;

3° Chez les sujets très maigres ou très gras on devra fermer le péritoine séparément par la suture en surjet, tandis que le reste de la plaie abdominale sera réuni par un ou deux étages de sutures;

4° Le crin de Florence constitue le meilleur matériel de suture pour celle à points séparés, tandis qu'il sera préférable d'employer le catgut, non préparé à l'acide chromique, pour les sutures perdues.

M. F. la Torre (Rome). *Conclusions.* — 1° La fermeture de l'abdomen est encore aujourd'hui une question si particulièrement intéressante qu'il vaut la peine de s'en occuper;

2° Les auteurs, pas même les écrivains spéciaux, ne sont encore d'accord sur la définition des hernies post-opératoires. On doit entendre par hernie post-opératoire la sortie des viscères à travers une solution de continuité des plans de la paroi abdominale. Le plan qui se trouve le plus ordinairement ouvert est le plan musculo-aponévrotique.

3° Les hernies post-opératoires étaient très fréquentes autrefois; lorsqu'on fermait l'abdomen d'après la méthode extra-péritonéale, on pratiquait la suture en masse des tissus et on avait fréquemment de la suppuration. Elles le sont moins aujourd'hui depuis que l'on suture l'abdomen d'apres la méthode intra-péritonéale ou d'après la méthode extra-péritonéale avec les modifications recommandées par Durante;

4° Les causes des éventrations peuvent se réunir sous 3 chefs : 1° le défaut de réunion du plan musculo-aponévrotique; 2° les circonstances qui déterminent la réunion par première intention de ce plan; 3° les circonstances qui déchirent la cicatrice;

5° Une bonne fermeture de l'abdomen résulte de 3 facteurs principaux : l'incision, les fils employés, et le mode de suture.

Les éléments les plus importants sont l'incision et la suture du plan musculo-aponévrotique; c'est à-dire l'endroit où l'on doit inciser et comment l'on doit suturer les tissus;

6° La suture faite sur les tissus aponévrotiques de la ligne blanche est souvent la cause des hernies; il n'en est pas de même de celle pratiquée en plein muscle;

7° La cause des hernies étant l'ouverture du plan musculo-aponévrotique, faire porter l'incision sur la ligne blanche et puis, avant de la suturer, enlever les tissus aponévrotiques de la ligne blanche jusqu'aux bords internes des muscles droits et suturer en réunissant les gaines et la substance musculaire.

Pour les femmes vieilles ou devenues stériles, l'incision et la suture sur la ligne blanche peuvent être à la rigueur recommandables si l'on peut réaliser pendant et après l'opération la foule des conditions si importantes pour assurer une bonne cicatrisation; mais, cela étant presque impossible, mieux vaut suturer en plein muscle;

8° Les fils le plus en usage sont la soie, le catgut, le fil d'argent et le crin de Florence.

Tous sont bons, tous peuvent être bien stérilisés. La soie et le catgut sont cependant préférables;

9° Le meilleur mode de suture doit toujours être celui à plusieurs étages et la préférence doit être donnée à la suture en surjet sur celle à points séparés en suturant séparément le péritoine, les feuillets profonds de la gaine des muscles droits, les muscles, les feuillets superficiels de la gaine musculaire et enfin la peau avec le tissu sous-cutané.

M. Doléris. Entièrement d'accord avec les rapporteurs sur la plupart des points, principalement sur la nécessité de ne point trop serrer les sutures, je prends la parole uniquement à propos des expériences sur le choix de la ligne d'incision et sur les résultats fournis à l'un des rapporteurs par les expériences chez les chiens.

De semblables expériences avaient été à ma connaissance entreprises par M. Cazin, chef de clinique chirurgicale à Paris, dès 1894-1895, avec l'aide d'un de mes assistants M. Isaac.

A l'instigation de ce dernier, j'ai pratiqué une dizaine de fois la section abdominale en plein muscle droit, tout à côté de la ligne blanche et j'ai réuni la plaie par des sutures perdues en étages. Il s'agissait toujours de laparotomie ne nécessitant qu'une courte incision sous-ombilicale. Le résultat a été très satisfaisant.

Je n'oserais pas dire que la même pratique puisse être toujours suivie, notamment quand il s'agit de sections étendues et quand la paroi abdominale est distendue et amincie par une tumeur volumineuse.

Il y a intérêt, au contraire, à réséquer autant que possible la ligne blanche, très élargie en ce cas : c'est ce que je fais habituellement. Je n'ai jamais de propos délibéré pratiqué la résection totale de la bande fibreuse, telle que la conseille M. de la Torre.

On doit se demander ce que sera, après une telle perte de substance suivie du rapprochement par suture des bords

les muscles droits la cicatrice tégumentaire. Il y aura une telle exubérance de peau, qu'un bourrelet déformant s'y produira sans doute. En outre, si la section est restée sous-ombilicale, la continuité de la ligne blanche au-dessus et au-dessous de l'ombilic sera gaufrée et interrompue par une résection de la lame fibreuse qui ne porterait que sur la région inférieure de la paroi.

Même remarque pour le cas où l'on serait tenté de supprimer une partie des téguments eux-mêmes sur les lèvres de l'incision. On ne saurait s'appuyer sur ce qui se pratique en cas d'éventration réelle, ou plutôt de hernie post-opératoire, car dans ces cas on ne fait que réséquer la poche entourée de la hernie, après quoi l'affrontement exact des téguments reste très aisé.

Ce sont là des objections *a priori*, mais qui m'ont toujours conduit à la résection partielle de la ligne blanche sans aller jusqu'à l'affrontement immédiat des muscles droits.

Quant à la suture musculaire elle-même, il ne faut pas se hâter de conclure d'après les sections chez les animaux. Cette statistique est en effet différente de la nôtre.

M. de la Torre a sectionné et suturé dans la région sous-ombilicale. Or, cette région de la paroi ne supporte aucun effort, sa disposition l'indique. La région sus-ombilicale au contraire constitue la région déclive où aboutissent les efforts et les effets habituels de la pression abdominale.

C'est donc dans la région sus-ombilicale qu'il faut sectionner et suturer les droits pour juger ensuite utilement des résultats obtenus, notamment de la résistance d'une pareille suture. Les expériences de M. Cazin prouvent, par les coupes microscopiques de M. de la Torre, que la réunion musculaire immédiate se fait dans des conditions parfaites.

Fréquence relative des rétrécissements du bassin suivant les différents pays. — M. Fochier (de Lyon). De l'examen de 120 bassins de femmes pris sans aucun choix et en série continue pendant 8 mois à l'amphithéâtre de dissection de la Faculté de Lyon; de l'examen des bassins de 105 femmes accouchées à la clinique de Lyon pendant l'année 1895, je peux conclure que, dans la région lyonnaise, il y a 21.66 pour 100 de bassins rétrécis (chiffre anatomique) et 21.11 pour 100 (chiffre clinique); que la très grande majorité des bassins simplement aplatis et un bon nombre de bassins généralement rétrécis ne présentent aucune trace de rachitisme; que si l'on tient compte de ce fait que l'on trouve des transitions insensibles entre les types différents de bassins suffisants et les types correspondants de bassins rétrécis, la majorité des bassins rétrécis ne doit pas être considérée comme le résultat de phénomènes pathologiques.

M. Audebert (de Bordeaux). Du mois de juin 1895 à septembre 1896, sur 773 femmes, 52 étaient atteintes de rétrécissement du bassin. Sur ce nombre il y eut 39 accouchements spontanés, 9 forceps et 4 versions combinées avec la symphyséotomie.

Il me semble que dans les bassins de 8 à 9 centimètres et demi on devra attendre le terme de la grossesse. Dans 75 pour 100 des cas l'accouchement est spontané. La symphyséotomie dans les autres cas offre une ressource précieuse qui permettra sans risque pour la mère de sauver l'enfant.

Traitement de l'éclampsie. — M. Charpentier (de Paris). Toute femme enceinte albuminurique étant exposée à être prise d'éclampsie, et le régime lacté donnant des résultats merveilleux contre l'albuminurie et l'albuminurie gravidique en particulier, on doit examiner avec le plus grand soin les urines des femmes enceintes, et si l'on y constate la présence de l'albumine, si minime que soit la quantité de cette albumine, il faut instituer d'emblée le régime lacté absolu et exclusif. C'est le traitement préventif par excellence de l'éclampsie.

Dans les cas où les femmes présenteront de l'œdème sans albuminurie, il y a avantage, sinon nécessité absolue, à prescrire le régime lacté. Toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une éclamptique, débuter, si la malade est vigoureuse, par une saignée de 300 à 500 grammes, puis administrer la médication chloralique en suivant les préceptes que nous avons donnés, et faire prendre du lait par la voie stomacale, au besoin à l'aide de la sonde œsophagienne. Combattre les accès eux mêmes par des inhalations de chloroforme, et favoriser la diurèse par des injections sous-cutanées de serum artificiel. Si la femme est plus délicate, les phénomènes de cyanose peu marqués, les accès peu fréquents, se borner à la médication chloralique. Attendre que le travail se déclare spontanément et laisser l'accouchement se terminer seul, toutes les fois que cela sera possible. Si, le travail s'étant déclaré spontanément, l'accouchement ne se termine pas, parce que les contractions utérines sont trop faibles ou trop lentes, terminer l'accouchement par une application de forceps, ou une version suivie de l'extraction si l'enfant est vivant; par une céphalotomie, une basiotripsie, une crânioclasie si l'enfant est mort. Attendre pour intervenir ainsi que l'état des parties maternelles soit tel (dilatation complète ou tout au moins dilatabilité du col) que cette intervention puisse se faire impunément, c'est-à-dire sans violence et par suite sans danger pour la mère. Réserver l'accouchement provoqué pour quelques cas exceptionnels. Rejeter absolument l'opération césarienne, l'accouchement forcé, comme méthodes courantes du traitement de l'éclampsie. N'avoir recours à ce dernier mode de traitement qu'en cas d'insuccès de toute espèce de traitement médical, et lorsque la mère semble vouée à une mort certaine, en un mot comme une ressource ultime en un cas désespéré.

M. Byers (de Belfort.) La morphine en injections hypodermiques doit être administrée au début de l'accès. D'autre part, il faut éviter l'introduction des liquides dans les poumons (l'œdème pulmonaire est une cause fréquente de mort dans l'éclampsie). Il faut prendre garde que la malade ne se blesse, qu'elle soit tenue chaudement, purgée abondamment, qu'elle ne prenne aucun liquide, et, suivant qu'elle a sa connaissance ou non entre les accès, lui faire prendre un bain chaud ou de vapeur. Si le travail n'a pas commencé il faut traiter les convulsions tout en ayant soin de ne pas exciter l'utérus. Lorsque le travail a commencé, et que la malade en est à la période d'expulsion, il faut lui administrer du chloroforme et terminer rapidement l'accouchement. Dans la période de dilatation, si le col est dilatable, on peut accélérer l'accouchement au moyen de douches chaudes et de l'application des dilatateurs de Barnes ou de Champetier de Ribes ; au cas où le col serait rigide il faudrait s'abstenir. La prophylaxie consistera dans le repos, la diète lactée, les purgations et les bains chauds qui donnent les meilleurs résultats.

M. D. Charles (de Liège). Le traitement médical n'a qu'une importance secondaire dans l'éclampsie grave, toxhémique, pendant la grossesse et l'accouchement. La soustraction des liquides plus ou moins toxiques, à l'aide de purgatifs, de la diaphorèse, de la saignée, suivie ou accompagnée de leur remplacement par diverses voies (stomacale, rectale, sous-cutanée, intra-veineuse), dans le but d'opérer un lavage ou une désintoxicatioe du sang et des tissus, n'a qu'une action douteuse. Les calmants du système nerveux les plus employés (chloroforme, morphine, chloral) ont une action réelle, mais pas essentiellement curative. La terminaison de l'accouchement est désirable dans tous les cas et s'impose à bref délai dans les cas graves. Il faut donc, dès le début des accès, agir en conséquence pour stimuler au besoin et accélérer toujours le travail. Dans des conditions spécialement urgentes, on ne doit pas hésiter à pratiquer la dilatation artificielle du col (à l'aide des doigts, des incisions, des dilatateurs hydrostatiques on métalliques) pour extraire l'enfant sans retard ; si ces manœuvres d'accouchement forcé paraissent difficiles, trop lentes ou impossibles sans d'énormes délabrements, on se résoudra à l'opération césarienne. L'éclampsie post partum est légère dans la grande majorité des cas, et ne réclame que des calmants à doses modérées. La prophylaxie doit primer toute la question des convulsions puerpérales : elle comprend d'abord l'hygiène habituelle de la grossesse, spécialement le bon fonctionnement des émonctoires (intestins, peau, reins) ; ensuite et surtout l'examen des urines au point de vue de l'albuminurie.

Toute femme enceinte albuminurique doit suivre un traitement régulier et plus ou moins actif, dont le régime lacté est la base. En cas d'insuccès ou de danger pressant, l'accouchement prématuré artificiel est indiqué et donne d'excellents résultats (toutes les mères guéries et 75 pour 100 des enfants sauvés dans ma statistique).

M. Tarnier (de Paris). En raison des difficultés parfois très grandes du pronostic, le traitement doit varier nécessairement, mais cependant il ne faut pas croire que les cas les plus légers en apparence guérissent plus facilement que les accès qui semblent très graves. Le contraire, en effet, arrive souvent. Je vous apporte la statistique complète de tous les cas d'éclampsie observés à la clinique d'accouchement de Paris, depuis sa fondation (1834) jusqu'au mois de janvier 1885. Mes trois prédécesseurs et moi nous avons observé 312 cas d'éclampsie avec une mortalité de 116, soit 37 pour 100. Sur 304 enfants, 133 moururent, soit 62 pour 100. La saignée, pendant toute cette longue période, fut pratiquée avec un médiocre succès. Cependant, je désire prendre la statistique de mes cas personnels pendant les années 1889, 1890 et 1891. J'ai observé 18 éclamptiques qui furent traitées par les inhalations de chloroforme et au chloral à haute dose. Il se produisit 7 décès et la mortalité infantile fut de 66 pour 100. Pendant les années 1892 et 1895 j'ai eu dans mon service 22 cas d'éclampsie et 2 décès seulement, soit 9 pour 100, par contre la mortalité fœtale fut de 77 pour 100.

Si la mortalité maternelle a baissé, la mortalité infantile a augmenté. Il me semble trouver la cause de cette heureuse modification pour le premier point dans le changement de traitement. En effet, depuis 1892, je modifiais ma thérapeutique en présence des données nouvelles émises par la pathogénie de l'éclampsie, à savoir que la toxicité du sang devait passer avant la notion d'albuminurie. Nous fîmes des expériences sur des animaux qui nous démontrèrent, d'une façon absolue, le pouvoir toxique du sérum sanguin des éclamptiques. Alors j'ai combiné dans ce but l'emploi de la saignée générale avec le régime lacté et l'usage presque quotidien des purgatifs drastiques.

Je conseille l'huile de croton pour obtenir une diarrhée séreuse abondante pendant quelques jours. Pendant cette même période, je me sers volontiers du chloral et du chloroforme qui donnent de bons résultats dans les formes convulsives graves. Je ne suis pas partisan du sérum artificiel, soit en injections sous-cutanées, soit en injections intra-veineuses. Je crois leur pouvoir presque nul Je me résume donc : 1° Saignée et lait ; 2° Chloroforme et chloral.

Le lait doit être administré à haute dose, fréquemment et en aussi grande quantité que possible, même malgré la malade si elle manifeste de la répugnance. Il ne faut pas céder et, au contraire, dans ces cas, se servir de la sonde œsophagienne. J'ajouterai que, depuis le mois de janvier 1896, je n'ai pas eu encore un seul décès et je pense que ces heureux résultats sont la conséquence de la thérapeutique que j'applique depuis 1892.

M. Pamard (d'Avignon) comme M. Tarnier commence par la saignée, mais une saignée abondante de 7 à 800 grammes et fait des inhalations prolongées de chloroforme. Il insiste sur le traitement obstétrical, dilatation soit instrumentale, soit manuelle. Il lui semble indispensable de vider l'utérus de son contenu, soit fœtus, soit placenta, et cela le plus rapidement possible.

M. Queirel (de Marsellle) insiste sur l'emploi du chloroforme et du chloral. La saignée a été utile dans 6 cas sur 8. Le serum artificiel ne lui a donné que de médiocres résultats. Mais le grand remède souverain, c'est le régime lacté qui doit être institué le plus rapidement possible.

M. Audebert (de Bordeaux) insiste sur les manifestations hépatiques que l'on observe dans l'éclampsie. Il a observé 4 cas d'ictère et chaque fois le pronostic fut aggravé. Les 4 cas observés sur une trentaine d'observations d'éclampsie lui ont donné 3 décès.

M. Fochier (de Lyon) insiste tout particulièrement sur le chloral qui est un antitoxique ajouté au chloroforme et à la saignée qui constituent un traitement d'attente pour permettre l'action du chloral. Il préfère les lavements purgatifs et, pour faciliter l'absorption du chloral, pratique le lavage de l'estomac ; aussitôt après il administre du chloral et du lait directement dans l'estomac. Sur 11 cas en 3 ans il n'a pas eu de de décès. Pour intervenir il faut faire l'examen du segment inférieur de l'utérus sans quoi l'on s'expose à des accidents ; il faut toujours que le malade soit sous l'influence du chloral pour pouvoir opérer en toute sécurité ; au besoin l'on pourrait avoir recours à quelques inhalations chloroformiques.

M. Charpentier, de Paris. Nous ne sommes pas loin d'être d'accord et nous devons traiter avant d'opérer. Donc il faut d'abord administrer du lait, beaucoup de lait. Quand le travail semble commencer et que l'accouchement paraît s'effectuer, il faut attendre et n'intervenir que s'il n'aboutit pas. Mais, si la grossesse est au sixième mois j'ai vu la mort du fœtus, comme l'a signalé Morisani, arrêter l'éclampsie et l'accouchement s'effectuer 3 semaines après sans accident. Dans ce cas il faut encore ne pas intervenir et attendre. Il est certain que s'il y a péril imminent

faut intervenir, mais alors seulement qu'il y a danger de ort, et alors, comme moyen d'intervention, je conseille les océdés de douceur tout d'abord, c'est-à-dire l'intervention anuelle.

Traitement des prolapsus de l'utérus, résultats éloi-nés. — M. Schmeetz, de Nice. — Je fais la cure radicale prolapsus utérin par l'hystérectomie vaginale combinée ec la colporraphie antérieure et la colpo-périnéorraphie. Il t nécessaire de faire la ligature pour permettre de faire, rès l'hystérectomie, la colporraphie et la colpo-péri-orraphie.

M. Dumont Leloir, de Tourcoing, communique le cas ne volumineuse tumeur kystique proliférante de l'ovaire poids de 7 kilos avec généralisation pariétale, épiploïque péritonéale chez une femme de 60 ans, la femme opérée puis le mois de mai 1896 est dans un excellent état de nté et aucune récidive ne s'est produite.

M. Brodier, de Paris, cite deux cas de kystes du vagin, partenant aux kystes congénitaux en raison de leurs rap-rts intimes avec l'urèthre, leur contenu et leurs grandes nensions longitudinales. Ces kystes ne se sont révélés 'après l'accouchement et par des douleurs vaginales qui t pu faire croire à une urétrite. Dans ces cas l'extirpation t seule indiquée.

Incontinence d'urine dans les prolapsus utérins au but. — M. André Boursier (de Bordeaux). Parmi les mptômes fonctionnels que l'on observe dans les premières riodes du début du prolapsus, il faut faire une large part x troubles urinaires, et parmi ceux-ci l'incontinence urine mérite une place spéciale. Elle a, en effet, des carac-es cliniques particuliers ; il y a des incontinences vraies fausses, avec ou sans douleurs, mais toujours l'inconti-nce se manifeste dans la station debout, s'exagère dans efforts ou à la suite de la fatigue et disparaît d'ordinaire ns la position couchée. Elle se manifeste donc surtout ndant que le prolapsus produit son maximum d'effet canique et n'est nullement en rapport exact avec l'inten-é des lésions. Cet accident paraît toujours être de cause éthrale et se trouve dans le cas où l'urètre a subi des aillements et des lésions qui ont été susceptibles de truire plus ou moins complètement sa toxicité La lésion trale constatée, il est naturel de chercher à la combattre une des nombreuses opérations de correction urétrale.

Dans une première observation, ayant trait à une femme 31 ans mariée à 30 ans, et qui, dans un premier accou-ment, subit 10 applications de forceps avec déchirure ale du col et du vagin et partielle du périnée, je constate phénomènes de prolapsus au début, et en outre des dou-rs urinaires et de l'incontinence douloureuse dans la tion debout et au moindre effort. Je lui fais en une seule nce un curettage avec amputation du col, une large colpo-inéorraphie et en outre une incision urétrale avec éléva-n de l'urètre (procédé de Pousson). La malade sort de pital complètement guérie de son prolapsus et de son ontinence. Elle est restée guérie depuis 8 mois.

La correction urétrale n'est pas admise en France dans cas analogues. Les auteurs affirment l'efficacité cons-te de la colporraphie antérieure dans ces circonstances zzi, Soc. de chirurgie ; Comar, Th. Paris, 1895). Aussi, une seconde malade, âgée de 39 ans, ayant fait 5 accou-ments à terme et 7 fausses couches, qui présente des nomènes d'entéroptose et de prolapsus génital au début, et chez laquelle je constate une incontinence d'urine vraie sans douleur, mais constante dans la station debout, je me borne à pratiquer un curettage avec amputation du col, une colpo-périnéorraphie et une très large colporraphie antérieure. A la suite de ces opérations, la guérison du prolapsus est complète, mais l'incontinence d'urine persiste avec le même caractère qu'avant l'opération.

Il résulte ce ces deux observations que l'opinion actuelle est trop absolue et que dans les cas de prolapsus au début, accompagnés d'incontinence d'urine, les opérations de correction urétrale sont indiquées toutes les fois que les lésions urétrales sont manifestes et accentuées.

Hémorragies ves ibulo-clitoridiennes pendant l'accouchement. — M. Audebert (de Bordeaux). Les déchirures de la région vestibulo-clitoridienne consécutives à l'accouchement sont plus fréquentes et plus graves qu'on ne le croit généralement. Plusieurs cas de mort ont été signalés. J'ai pu observer maintes fois des déchirures semblables, et dans 4 cas ces lésions se sont accompagnées d'hémorragies qui ont pris des proportions inquiétantes, chez deux nouvelles accouchées que l'on croyait atteintes d'inertie utérine et chez lesquelles la véritable source de l'hémorragie n'avait pas été soupçonnée. Dans 3 cas il s'agissait de primipares, une seule fois d'une secondipare ; 3 fois l'accouchement s'était terminé spontanément, 1 fois par une application de forceps. Dans la première observation, là déchirure du clitoris était la continuation d'une rupture de l'anneau vaginal à sa partie antérieure ; dans les 3 autres, au contraire, l'orifice vaginal était resté indemne en avant.

C'est en me basant sur ces deux ordres de faits que je propose de distinguer deux variétés de déchirures vestibulo-clitoridiennes : 1° Déchirures primitives dans lesquelles l'orifice vaginal est intact, et qui se produisent au niveau d'un pli de la région vestibulaire appliqué fortement contre l'arcade pubienne par la pression de la tête fœtale ; si cette pression est très considérable, la muqueuse et le tissu caverneux sous-muqueux céderont au point le plus tendu, d'où hémorragie ; 2° Déchirures secondaires, consécutives aux ruptures de l'anneau vaginal, qui leur servent d'amorce, et grâce auxquelles elles s'étendent de proche en proche jusqu'au clitoris (coups de ciseaux de Pajot).

Il faut reconnaître tout de suite d'où vient l'hémorragie ; on a toujours tendance à incriminer, dans ce cas, l'inertie utérine ; dans l'une de mes observations on avait pratiqué le tamponnement utéro-vaginal pour arrêter une hémorragie vulvaire ! La constatation du globe de sûreté et l'examen direct de la région montreront que l'utérus n'est pas en jeu et que le sang provient d'une lésion des parties génitales externes.

L'hémostase ne sera assurée d'une façon définitive ni par la compression (à l'aide des doigts, des pinces à forcipressure, des serres-fines, etc), ni par les ligatures. On devra affronter les bords de la déchirure par 2 ou 3 points de suture au catgut fin, et compléter le pansement par un bandage en T convenablement serré.

M. Chaleix (de Bordeaux) limite sa thérapeutique aux inhalations de chloroforme qui forment la base en ce sens qu'elles suppriment les phénomènes convulsifs, puis au chloral. La saignée, moyen précieux, lui a donné auss ide bons résultats, ainsi que les injections abondantes d'eau salée stérilisée. En outre, il est absolument nécessaire d'insister

sur le régime lacté autant comme aliment que comme diurétique.

Hystérie et éclampsie. — M. Buscarlet (de Genève). Le traitement de l'éclampsie puerpérale est si important qu'il absorbe actuellement toutes les discussions scientifiques. Il semblerait que le diagnostic en est donc tellement facile qu'il suffit d'y songer lorsqu'une femme enceinte, albuminurique, est prise d'attaques convulsives. Cependant, dans un cas, le diagnostic était bien embarrassant : il s'agissait d'une femme âgée de 22 ans, primipare, et qui avait présenté 4 mois auparavant des signes d'hystérie ; au début, il se déclara une grossesse avec rétro-flexion utérine dont la phase douloureuse donna lieu à des attaques convulsives. L'utérus put être réduit et tout allait bien, lorsqu'au 7e mois la malade fut prise de violents maux de tête, de maux de cœur, la face devint bouffie, et les urines qui, examinées jusque-là, n'avaient jamais rien présenté d'anormal, devinrent tellement chargées d'albumine que le dosimètre donna 14 grammes par litre. Quelques jours auparavant, la malade avait eu une cause de refroidissement et depuis lors avait senti de vives douleurs dans les reins. Le régime lacté fut difficile à faire suivre vu le dégoût de la malade pour le lait, mais fut enfin très bien supporté. Le lendemain déjà, l'albumine avait diminué de moitié, mais dans la nuit de violentes douleurs épigastriques survinrent, des nausées, puis une crise convulsive qui dura 2 heures, et céda enfin aux inhalations de chloroforme et au chloral en lavement.

Le 3e jour, un demi-gramme d'albumine, une crise identique à la première dans la nuit, même traitement. L'albumine continue à diminuer, mais les crises deviennent de plus en plus longues et prennent le caractère franchement hystérique. Dans la journée la malade a toute sa connaissance et ne souffre plus, elle ne se souvient pas des crises de la nuit. Vers le 5e jour les bruits du cœur fœtal cessent et l'albumine disparaît bientôt entièrement. Elle accouche au 7e mois d'un enfant mort, et pendant 3 jours depuis lors tout va bien, les crises ont cessé, mais, à partir du 4e jour, elles reprennent chaque soir et sont suivies d'un sommeil cataleptique qui dure toute la journée suivante. Cet état ne cesse qu'à la suite de bains froids donnés régulièrement et la santé se rétablit progressivement. Jamais il n'est revenu d'albumine dans les urines et l'état hystérique s'est bien amélioré depuis lors. En résumé, il s'agit là d'un cas de néphrite *a frigore* ayant amené la mort de l'enfant, et dans le cours de cette néphrite des crises convulsives hystériques sont survenues, pouvant faire croire à l'éclampsie, les crises se distinguaient de cette dernière par l'absence de vomissements, de troubles de la vue, de convulsions de la face et de phase comateuse, de plus leur répétition toutes les nuits et à la même heure.

M. Pecker (de Mantes) considère l'entéroptose comme capable de produire l'antéflexion utérine et le prolapsus d'un ou des deux ovaires dans le cul-de-sac de Douglas ; cela s'expliquerait par le fait d'un défaut de nutrition des viscères abdominaux, un système musculaire lisse très faible. Les viscères devenus lâches se prolaberaient et la masse intestinale viendrait appuyer sur le fond de l'utérus en exagérant et provoquant sa flexion, en même temps que la rotation de sa face antérieure se produirait.

Une forme peu connue d'al ération épi héliale du col de l'utérus. — MM. A d'Hotman de Villiers, et Louis Thérèse, de Paris. Le cas se présente chez une dame âgée de 41 ans, de forte corpulence et de santé parfaite. Aucun antécédent personnel. Son père est mort à 61 ans d'un cancer de l'estomac. Mariée à 20 ans, accouchement normal un an après ; deuxième grossesse 4 ans après, présentation du siège, version interne, couches sans accident.

Le début de l'affection qui nous intéresse paraît remonter à 2 ans. A cette époque on ne trouve comme symptôme que de la pesanteur dans le bas-ventre et des pertes blanches abondantes, pour lesquelles la malade fut amenée à nous consulter. Au premier examen, nous constatons un léger abaissement utéro-vaginal. Au toucher, nous trouvons un utérus un peu gros en antéflexion physiologique. Rien d'anormal du côté des annexes. A l'examen au spéculum le vagin est rempli d'une sécrétion crémeuse, le col est augmenté de volume avec ses deux lèvres ulcérées. Un peu au-dessous de l'ulcération de la lèvre inférieure, sur la partie médiane de la face inférieure du col, on trouve une petite plaque blanche de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Cette plaque d'un blanc nacré, brillant, était recouverte d'une sécrétion épaisse, blanc jaunâtre, se détachant difficilement de la surface sécrétante. Après avoir enlevé cette sorte d'enduit, nous avons cherché à nous rendre compte de la nature de cette altération. Elle semblait comme appliquée sur la surface du col en faisant un léger relief sur le tissu sain environnant. Avec une pince nous avons essayé d'en enlever un fragment ; nous dûmes y renoncer, non seulement à cause de l'adhérence intime qui existait avec le tissu sous-jacent, mais aussi à cause de la petite hémorragie qui se produisait à chaque tentative. Du mois de mai 1895 jusqu'à la fin d'août, nous avons pu suivre l'évolution de cette plaque blanche dont la nature nous échappait, s'aggrandissant petit à petit ; au bout d'un mois, elle avait doublé de grandeur, puis elle nous sembla rester stationnaire pour reprendre un mois après une sorte de poussée de développement en gagnant de proche en proche la commissure droite de l'orifice cervical. Vers la fin d'août, elle avait envahi progressivement la partie supérieure droite du col, immédiatement au-dessus de l'ulceration de la lèvre supérieure.

Pendant cette longue période, l'état général de la malade n'a subi aucune modification, mais, en même temps que cette plaque se développait, les sécrétions devenaient de plus en plus abondantes, toujours inodores et très épaisses. L'enduit que nous avons signalé sur la plaque devenait également plus compacte et plus abondant. Les ulcérations des lèvres du col avaient disparu sous la seule influence d'injections antiseptiques et de pansements à la glycérine.

Nous avons de prime abord établi une certaine analogie d'aspect entre cette plaque blanche et la plaque cancéreuse des fumeurs que l'on observe sur la langue. Mais, devant un état général excellent et ne trouvant aucun symptôme patent pouvant se rapporter au début d'un cancer épithélial, nous avons abandonné cette première hypothèse pour nous rattacher à l'idée d'une altération de la vulve, similaire d'aspect et récemment décrite par Breisky, Ohmann, Hallopeau, Hesmesnil et H.-W. Longyear, sous le nom de « Kraurosis Vulvæ ». Nous rapportâmes donc, sans trop de conviction, l'altération de notre malade à du kraurosis qui se serait développé sur le col de l'utérus. Devant la difficulté d'un diagnostic précis et devant l'envahissement progressif de la lésion nous présentâmes le cas à notre maître et ami

r Auvard. Après un examen minutieux, nous réservant ur le diagnostic définitif, nous conclûmes à une interven- on. Curage et amputation totale du col L'opération fut ratiquée le 15 septembre, les suites en furent simples et es plus normales.

Examen histologique. — Après action de l'alcool, la laque qui existait sur le col se présente sous l'aspect de etites cuticules blanchâtres, légèrement saillantes, qui appellent les épaississements épidermiqus dus au frotte- nent ou à toute autre cause irritante. Sur des coupes colo- ées au picro-carmin et montées à la glycérine, on voit une éritable couche cornée formée d'éléments épithéliaux platis fortement colorés en jaune par l'acide picrique. Quelques rares noyaux prennent encore le carmin. Au- lessous de cet e couche cornée, la couche de Malpighi est paissie, composée d'éléments épithéliaux normaux à pro- ongements exodermiques bien nets. De place en place, soit mmédiatement sous la couche cornée, soit un peu plus profondément, cet épithélium polygonal subit quelques hangements. Les cellules se groupent en une sorte d'évo- lution inodulaire, les plus périphériques étant les plus aplaties; celles qui sont au centre du nodnle ont perdu de eur régularité, les prolongements exodermiques ne sont plus visibles. Cette disposition donnerait assez bien l'impres- sion des premières phases d'un épithélium perlé ou du can- croïde. Aucun noyau cependant n'apparaît en karyokinèse, même sur les coupes colorées au carmin d'alun ou à l'héma- toxyline. En aucun point les cellules épithéliales n'en- vahissent les tissus sous-jacents.

MEMENTO PRATIQUE

L'acide gallique dans les hémoptysies des tubercu- leux — L'acide gallique que l'on néglige peut-être un peu trop, rend de réels services dans le traitement des hémopty- sies des tuberculeux. Barth (*Traité de la tub.*), Grasset (*Consultations médicales*), Roux (*Formulaire*), etc., n'en font nullement mention. Capitan dans un récent article de la *Médecine moderne* (26 août 1896), ne fait que le signaler, Lemoine (*Ther. clinique*) le considère comme inférieur à l'ergotine. Cependant, il est parfois très utile et son emploi nous a donné des résultats très satisfaisants.

Employé déjà dans les hémoptysies par Gardner qui en donnait 4 à 6 grammes, par Waters et Holders qui l'em- ployaient à très hautes doses, il se présente sous forme d'aiguilles incolores, longues, soyeuses, inodores, de saveur astringente et acidule, solubles dans 100 parties d'eau froide, et très solubles dans l'alcool. Ses incompatibilités sont les sels de fer, les alcalis, l'émétique.

Administré à dose toxique, il détermine, d'après Schroff, de la respiration abdominale, rare, très pénible, de l'irrégu- larité des battements du cœur et des artères. C'est un vaso- constricteur qui agirait également sur les vaisseaux rénaux, ce qui explique le fait que Rabuteau en conseillait l'emploi dans la polyurie,

Les doses employées dans l'hémoptysie varient de 30 cen- tigrammes à 1 gramme ; il peut se donner en poudre, en pilules en potion. Gubler conseillait de ne pas dépasser 1 gramme, et formulait ainsi :

Acide gallique.....	0,30 à 1 gramme
Infusion d'écorce d'oranges.	100 —

A prendre dans la journée.

Il le considérait comme plus stable et mieux supporté par les voies digestives que le tannin. Il faisait d'ailleurs partie de son oxymel diurétique, ce qui semble être en contradiction avec les propriétés anuriques qu'on attribue à ce médicament.

Les doses conseillées par Gubler peuvent sans inconvénient être dépassées, et M. Marfan fixe comme doses de 1 à 2 grammes dans les hémoptysies apyrétiques légères.

Des faits que nous avons pu observer, il résulte que l'acide gallique employé seul est d'une utilité incontestable dans les hémoptysies légères à répétition et qu'il peut être longtemps employé sans nul inconvénient. On pourra ainsi formuler:

Acide gallique..... 0,10 centigrammes

Pour une pilule. Trois à cinq par jour selon les indica- tions.

Ou bien employer la formule de Gubler.

Si l'hémoptysie n'est que peu abondante, on pourra l'as- socier avec avantage à l'ergotine, et formuler ainsi:

Acide gallique.....	2 grammes
Ergotine.....	1 —

Pour 20 pilules. Cinq par jour en moyenne.

Ou bien employer la formule de Capitan :

Ergotine Bonjean.....	2 grammes
Acide gallique.....	0,50 centigr.
Sirop de térébenthine..	120 grammes

Une cuillerée à bouche d'heure en heure.

Associée à différents autres médicaments antihémop- toïques, l'acide gallique peut être employé dans des hémop- tysies graves, résultant de la rupture d'un anévrysme de Rasmussen, et c'est ainsi que nous avons vu cesser des hémoptysies, alors que les malades avaient expectoré une grande quantité de sang, en donnant les pilules suivantes:

Acide gallique.....		0,10 centigr.
Ergotine.....	âà	0,05 —
Poudre d'ipéca		
Poudre de digitale.....		0,01 —

Pour une pilule. Cinq ou six par jour, ou même plus si c'était nécessaire.

On peut faire diverses autres associations utiles avec l'acide gallique, et nous avons obtenu de bons résultats de la formule suivante, que nous n'avons, il est vrai, employé que dans les hémoptysies légères, celles où les malades ne remplissent qu'un quart ou un demi-crachoir de sang pen- dant la journée :

Acide galllique.....		0,10 centigr.
Sulfate de quinine.....	âà	0,05 —
Ergotine		
Extrait d'opium..... ..		0,01 —

Pour une pilule. Cinq par jour.

(M. Deguy. *Journ. des Praticiens.*)

Iodure de potassium en pilules (Lang)

Iodure de potassium	10 grammes
Sucre de lait.....	5 —
Lanoline	3 —

Pour faire 50 pilules.

Ces pilules sont peu irritantes, mais il vaut mieux ne pas les prendre à jeun. La forme pilulaire est très com- mode, parce qu'elle supprime le mauvais goût et rend le médicament plus facile à transporter, mais elle nécessite l'absorption d'une certaine quantité de liquide ou l'emploi au moment des repas. (*Mntsch. f° prakt. Dermat.* et *J. des malad. cutanées et syph.*).

VARIÉTÉS

De la répression de la Pédérastie aux siècles passés.

Il y avait — il y a bien des années — à l'Ecole de Montpellier un vieux professeur, homme d'esprit, chargé de la chaire de thérapeutique et matière médicale : Golfin.

C'était la crème des examinateurs, c'était surtout au 4me de doctorat — le quatrième d'alors — qu'il siégeait.

A cet examen, on présentait aux candidats des bocaux contenant des plantes médicinales qu'il fallait reconnaître.

Le nom de la plante était toujours inscrit en gros caractères sur le bocal ; le père Golfin en prenait un, l'étiquette bien en face de lui, puis posait la question. mais afin que l'élève pût mieux voir, il faisait pivoter le bocal dans ses mains, si bien que le nom passait sous les yeux du candidat ?... Celui-ci devait attendre, pour répondre, que l'étiquette fût revenue à son point de départ, c'est-à-dire sous les yeux du professeur; car la réponse faite, le père Golfin, qui ignorait absolument ce que contenait le bocal, regardait l'étiquette et si elle n'était plus sous ses yeux, il s'apercevait de sa distraction et entrait dans une colère bleue...

Né en 1780, Golfin avait professé sous le premier empire et, volontiers, contait quelques anecdotes de cette époque.

Un savant illustre, devenu ministre de Napoléon Ier, se maria à une fort belle personne, portant le poétique prénom d'Aurore. Trois mois après le mariage, elle accoucha d'un gros et vigoureux garçon, — cela, qu'on se rassure, n'arrive jamais au mari qu'au premier accouchement — Golfin, en apprenant cet événement, s'écria : Aurore a devancé le jour !

Bien des années après, sous le règne de Napoléon III, un journaliste de Montpellier est condamné pour pédérastie ; le huis-clos avait été prononcé, les journaux, muselés à cette époque, n'avaient rien pu divulguer des débats, si bien que l'on était fort intrigué — les dames surtout — sur la nature exacte du délit, commis par cet écrivain.

Ces pauvres dames avaient beau interroger, personne ne voulait, ou ne pouvait les renseigner.

Il faut le dire, les dames ont toujours été fort friandes des choses de Sodome : le malheur qui arriva à la femme de Loth en est une preuve ; malgré la défense divine, elle voulut voir ce qui se passait à Sodome ; au moment où elle en sortait, elle se retourna et fut changée en statue de sel.

Au risque de subir le sort de la femme de Loth, elles s'adressèrent au père Golfin, vieillard de 80 ans, espérant que son âge lui permettrait de parler. « X..., dit-il, était écrivain, et, à ce titre, a commis d'énormes fautes de style : par exemple : il mettait au masculin ce que l'on met toujours au féminin. . »

A cette époque, j'étais bien jeune, les dames ne me firent pas de confidences et je ne pus savoir si elles avaient compris.

On a donné bien des définitions de la pédérastie, Golfin, du coup, par une boutade spirituelle, avait trouvé la vraie, la juste : mettre au masculin ce que l'on met au féminin.

Pédérastie, signifie littéralement : Amour des garçons (1), le mot nous vient du grec, comme la chose elle-même avait été un des péchés mignons de ce peuple, où elle était un moyen de prouver son amitié !!... Pédérastie désigne les amours entre hommes !

Pour la femme, cela s'appelle Tribadisme ; il y a bien une expression populaire pour désigner ce genre... d'exercice entre femmes ; mais je veux rester classique et me contenterai de dire que Sapho fut la grande prêtresse du tribadisme et qu'elle était de Lesbos.

Il y a aussi la bestialité, appliquée de préférence à l'insensé qui s'adresse à un animal !

La loi divine punissait de mort pédérastie et bestialité : « quand un homme aura la compagnie d'un mâle, ils ont fait une chose abominable, on le fera mourir... » (*Lévitique* XX, paragraphe 13)....

« L'homme qui se sera souillé avec une bête sera puni de mort, vous tuerez aussi la bête. » (*Lévitique* XX, paragraphe 15).

Ainsi parlait Dieu à Moïse. Cela prouve que pédérastie et bestialité étaient pratiquées chez les Juifs et qu'on chercha à les réprimer.

***

S'inspirant de la bible et de la loi divine, les chrétiens brûlaient vifs leurs pédérastes !

Au siècle dernier on en exécuta ainsi plusieurs.

En 1750, deux bourgeois, coupables de ce crime, furent brûlés vifs en place de Grève, après condamnation du Parlement de Paris,

Le 1er août 1757, un curé lorrain fut condamné par la Cour de Lorraine, à mort, parce qu'il « fut convaincu d'avoir commis le crime de sodomie, sur plusieurs enfants de sa paroisse »... Il fut conduit en son village pour « y être étranglé et brûlé avec la procédure après avoir été préalablement rasé... »

Cette opération de raser un condamné se pratiquait surtout sur les sorciers : on rasait tous les poils afin que le démon — toujours malin — ne pût se réfugier derrière l'un d'eux !

Rogéville, à qui j'emprunte ce fait, fait remarquer qu'il est bien difficile « d'avoir des preuves de ce crime (pédérastie) et comme il blesse plus la loi de la nature que celle de la société, il me paraîtrait plus convenable de faire enfermer dans des maisons de correction ceux qui en sont présumés atteints que de les condamner au dernier supplice ; d'autant mieux que nous n'avons aucune ordonnance qui prononce des peines contre eux... » (Rogéville, Jurisprudence, mot : Sodomie).

Cette dernière phrase nous montre combien les faits de sodomie étaient rares en Lorraine, puisqu'il n'existait aucune loi permettant de les réprimer.

D'autre part, la rareté du crime, la qualité du coupable qui était prêtre, devaient pousser les juges à être impitoyables. Il est incontestable que le vœu de chasteté exigé de tout prêtre était une aggravation de la faute ; et il est clair que la condamnation des deux bourgeois de Paris, qui n'avaient fait aucun vœu, devait provoquer de la part des juges lorrains, une condamnation capitale.

On le voit, la répression était terrible.

Aujourd'hui, la pédérastie est assimilée à un simple attentat à la pudeur, relevant de la police correctionnelle et passible de quelques mois de prison.

Il y a même une anomalie dans nos codes : le viol n

(1) De παις, enfant et εραω, j'aime.
Le mot Sodomie est le synonyme de pédérastie.

'applique qu'à la femme ; on peut pourtant violer un jeune arçon, le fait s'est produit plus d'une fois et la violence aite à un enfant masculin devrait être assimilée à celle aite à une fillette.

Il y a là une lacune à combler.

***

Malgré cet adoucissement dans la répression, il ne audrait pas croire qu'il y ait aujourd'hui plus de pédérastes qu'aux siècles passés : le contraire serait peut-être la vérité.

L'histoire nous montre la sodomie, la bougrerie pratiquées par des sectes mystiques, provenant sûrement des cultes antiques. La haine des populations contre les Templiers avait pour cause ces pratiques rapportées d'Orient par ces défenseurs du Saint-Sépulcre.

Au XV^e^ siècle, un grand seigneur, compagnon de Jeanne d'Arc, maréchal de France, Gilles de Retz, faisait enlever des enfants afin de satisfaire ses instincts pédérastiques. Comme Jeanne de Bourgogne, dans la tour de Nesle, il faisait tuer ses victimes et finit par se charger lui-même de cette besogne. C'est par centaines, que le jour de la justice venu, on trouva les squelettes de ces petits garçons !

On vit avec Henri III la pédérastie monter sur le trône C'est ce roi qui épousa en grande pompe — et avec un contrat en règle — son mignon Maugiron !

On la vit s'établir impunément avec le frère de Louis XIV ; avec d'autres princes du sang, des grands seigneurs !

On la vit à Rome avec les papes Sixte IV, Léon X...!!... Chose remarquable, ce fut sous le règne du plus dépravé de nos rois, Louis XV, que l'on réprima le plus sévèrement ces actes contre nature (1750) : Si bas que fût descendu ce roi dans ses amours, il ne s'adressa du moins qu'à des femmes... On excusera les paillardises de François I^er^, d'Henri IV, de Louis XIV, Louis XV ; mais toujours on méprisera un Henri III, un Sixte IV, un Léon X...

***

Certes, notre XIX^me^ siècle a eu ses scandales ; il y a 35 années la police pinça une bande de pédérastes de haute volée. Ça se passait dans une petite maison, de l'Avenue Marbeuf, alors inachevée et bien déserte.

L'affaire eut un énorme retentissement, par la qualité des personnages... actifs et aussi par la façon originale dont les choses se passaient :

On habillait un passif en conseiller d'Etat, en prêtre, en religieuse... et on enc... le Conseil d'Etat, le Clergé ! ! !

Il y avait mieux : un de ces passifs déguisé en évêque ressemblait à un prélat illustre, Mgr Dup... On se le disputait, on s'inscrivait à l'avance pour le retenir !

Le jour où la police fit sa descente, on saisit un billet ainsi conçu : « Retenez-moi Dup... ! » On avait donné le nom de l'évêque au passif ! ! ! ...

Je suis bien certain qu'on n'en était pas arrivé là à Sodome et Gomorrhe et pourtant, dans sa colère, Dieu détruisit les deux cités impies...

Il respecta l'Avenue Marbeuf... Décidément tout dégénère !

A. Fournier.

(*Bulletin médical des Vosges*).

NOUVELLES

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle en date du 9 septembre 1896, ont été désignés pour les postes ci-après.

MM. les médecins-majors de 2^e^ classe Marignac pour le 99^e^ d'infanterie et Foy pour le 1^er^ étranger.

MM. les médecins aides-majors de 1^re^ classe Gontier pour le 60^e^ d'infanterie ; Buy pour l'hôpital militaire de Versailles ; Ferraud pour l'hôpital militaire de Vincennes ; Lescure pour le 20^e^ d'artillerie ; Besson pour l'hôpital militaire de Rennes (bactériologie) ; Mac Auliffe pour l'hôpital militaire Saint-Martin à Paris ; Bounette, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ; Augier pour le 3^e^ zouaves.

M. le médecin aide-major de 2^e^ classe Remlinger, pour l'hôpital militaire du Belvédère à Tunis (laboratoire de bactériologie).

— Le Ministre de la guerre vient d'accorder un témoignage officiel de satisfaction à M. d'Arron, médecin-major au 70^e^ régiment d'infanterie pour le dévouement dont il a fait preuve au cours d'une épidémie qui a sévi sur son régiment.

— Par décret en date du 10 septembre 1896, rendu par le Président de la République, sur le rapport du Ministre de la guerre, les médecins stagiatres dont les noms suivent ont été nommés au grade de médecin-major de 2^e^ classe, pour prendre rang du 1^er^ octobre 1896, et par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations ci-après, savoir :

MM. Cange (Marie-Albert-Edmond), hôpital militaire du Val-de-Grâce ; Rambaud (Louis), 103^e^ régiment d'infanterie ; Rubenthaler (Georges-Lucien), hôpital militaire Saint-Martin ; Bouquet de Jolinière (Achille-Auguste-Henri), 6^e^ régiment de cuirassiers ; Daireaux (Pierre-Marie-Emmanuel-Louis), hôpital militaire de Vincennes ; Damas (Joseph-Guillaume-Eugène), 1^er^ régiment de hussards ; Levêque (Louis-Octave), hôpital militaire Saint-Martin ; Geysen (Hector-Désiré), 31^e^ régiment d'artillerie ; Besse (Victor-Antoine-Noël), 9^e^ régiment d'artillerie ; Rieux (Jean-Baptiste-Eugène), 71^e^ régiment d'infanterie ; Schmerber (Jacques-Lucien-Félix), 19^e^ régimeut de dragons ; Zeller (Edouard-François-Xavier), 51^e^ régiment d'infanterie ; Conor (Alfred-Léon-Joseph), 26^e^ régiment d'artillerie ; Foley (Henri-Joseph-Edmond), 155^e^ régiment d'infanterie ; Petges (Georges-Marie-Gabriel-Armand), hôpital militaire de Bordeaux ; Oberle (Marcel-Edmond-Joseph), 67^e^ régiment d'infanterie ; Lafeuille (Paul-Louis), 63^e^ régiment d'infanterie ; Velten (Paul), 29^e^ régiment d'artillerie ; Pla (Alexandre-Joseph-Désiré), hôpital militaire de Toulouse ; Mouly (Georges), hôpital militaire de Versailles ; Rolland (Victor), 38^e^ régiment d'infanterie ; Rouyer (Henri-Georges-Emile), hôpital militaire de Vincennes ; Romary (Lucien-Alfred), hôpital militaire de Marseille ; Serre (Gilbert), 13^e^ régiment d'infanterie ; Dusolier (Cyprien), 10^e^ régiment de chasseurs ; Hussenstein (Jean-Baptiste-Joseph), 48^e^ régiment d'infanterie ; Gorse (Paul-Léon-Pierre), hôpital militaire de Bordeaux ; Jourdin (Charles-Etienne-Marie), 87^e^ régiment d'infanterie ; Labadie (Jean-Joseph-Gustave), hôpital militaire de Marseille ; Faure (Jean-Baptiste-François), hôpital militaire de Toulouse ; Baumelou (Marie-Hen-

ri-Guillaume), hôpital militaire de Bourges ; Auguin (Gabriel-Paul-Louis-Gaston), hôpital militaire de Versailles ; Gorisse (Amédée-Louis), 11e bataillon de chasseurs à pied ; Gauthier (Aimé-Antoine-Edouard), hôpital militaire de Lille ; Beaulieu (Maurice-Marie-Aimé), 68e régiment d'infanterie ; Brice (Léon-Raoul-Marie), hôpital militaire de Nancy ; Idrac (Jean-Louis-Joseph), 80e régiment d'infanterie ; Boitel (Maurice-René-Georges), 81e régiment d'infanterie ; Cadiot (Marie-Joseph-Henri), 85e régiment d'infanterie ; Trassagnac (Jean-Emmanuel-Paul-V), 45e régiment d'infanterie : Quenet (Paul), 29e régiment d'infanterie ; Rudler (Marie-Joseph-Alphonse-Fernand), hôpital militaire de Belfort ; Tiberi (Albert-François-Jean-Clément), hôpital militaire de Nancy ; Blanchard (Alfred-Honoré), hôpital militaire de Lille ; Mahaut (Gustave-Louis-Félix), 153e régiment d'infanterie ; Montagne (Ange-Pierre-Antoine), 127e régiment d'infanterie ; Delahaye (Hector-Charles Henri-Olivier), 84e régiment d'infanterie ; Caujole (Léon-Antonin-Jean), 40e régiment d'infanterie ; Vigne (Edouard Philippe-Urbain), 22e bataillon de chasseurs à pied ; Paloque (Paul-Urbain-Marie), hôpital militaire de Bastia ; Regad (Joseph-Gabriel), 28e bataillon de chasseurs à pied ; Henriot (Adolphe-Marie-Joseph), 145e régiment d'infanterie ; Fayollat (Pierre-Charles-Jules-Marie), 120e régiment d'infanterie ; Aldhuy (Eloi-Adolphe), hôpital militaire et place de Briançon ; Fohanno (Jean), 128e régiment d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 9 septembre 1896, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Marignac, pour le 99e d'infanterie ; et Foy, pour le 1er régiment étranger.

MM. les médecins aides-majors de première classe Gontier, pour le 60e d'infanterie ; Buy, pour l'hôpital militaire de Vincennes ; Lescure, pour le 20e d'artillerie, Besson, pour l'hôpital militaire de Rennes (bactériologie) ; Mac-Auliffe, pour l'hôpital militaire Saint-Martin à Paris ; Bonnette, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ; Augier, pour le 3e zouaves ;

M. le médecin aide-major de deuxième classe Remlinger, pour l'hôpital militaire du Belvédère (bactériologie), à Tunis.

— Le ministre de la Guerre a adressé le 5 septembre 1896 à M. d'Arras, médecin-major de deuxième classe au 70e d'infanterie, un témoignage de satifaction pour sa conduite pendant l'épidémie qui a sévi sur son régiment en 1896.

Distinctions honorifiques. — Notre excellent ami et compatriote, M. Amédée Odin, pharmacien de 1re classe aux Sables-d'Olonne, ancien interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé officier de l'Instruction publique en récompense des incomparables services qu'il a rendus et rendra encore à la population maritime de la Vendée. Nous espérons bien que le gouvernement d'ici peu saura récompenser par le ruban rouge le zèle de ce vaillant défenseur des industries de la mer sur les côtes françaises : le Congrès des Sables, auquel il s'est consacré d'une façon toute spéciale, vient d'ailleurs de prouver quelles sont les ressources dont on dispose actuellement en Vendée grâce à l'infatigable activité de M. Odin.

(Progrès médical.)

Jalousie et tuberculose. — M. le Dr Gilbert rapporte un fait qui montre jusqu'à quel point l'aberration humaine peut aller chez un moribond, et, d'un autre côté, pour la femme d'un phtisique, une des mille manières, la plus rare sans doute, de devenir tuberculeuse.

Un confrère du Midi, jeune encore, atteint d'une tuberculose pulmonaire à évolution rapide, avait demandé plusieurs fois à sa femme de ne pas le laisser partir seul et de mourir avec lui. Un jour, c'était le dernier de sa vie, il se fit servir une coupe de champagne, en but une gorgée puis cracha dedans deux ou trois fois. Alors, il l'offrit à sa femme et lui demanda comme preuve d'amour de boire ce affreux mélange. Elle hésita un instant, ferma les yeux prit la coupe et la vida d'un trait. Quelques jours plus tard le moribond, tranquillisé, s'endormit pour toujours. La malheureuse victime, prise bientôt d'une fièvre intense, tarda pas à s'aliter et à présenter du côté de l'abdomen des symptômes inquiétants, et bientôt tous les symptômes d'une phtisie en voie d'évolution. Est-elle morte victime de son héroïsme ? C'est fort probable, car M. Gilbert n'a plus eu de ses nouvelles. Elle est allée rejoindre celui qui avait arraché en mourant sa santé et sa vie.

(Revue de la tuberculose.)

Nécrologie. — Le Dr Clérault de Lignières (Cher) reçu en 1845. — Le Dr Guérard, de Paris, reçu en 1881. — Le Dr Martin de Constantine, reçu en 1881. — Le Dr Souplet de Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir) reçu en 1873. — Le Dr Rochard (Jules) ancien inspecteur général du service de santé de la marine, ancien président de l'Académie de médecine, grand officier de la Légion d'honneur vient de succomber à Versailles, dans la nuit de dimanche à lundi. Jules Rochard était né à St-Brieuc en 1819 et toute sa carrière s'était passée dans la marine. Parmi ses principaux travaux nous citerons son *Histoire de la chirurgie française au XIXe siècle* et son *Encyclopédie d'hygiène*, en cours de publication. Nous adressons à son fils le Dr Eugène Rochard, chirurgien des hôpitaux de Paris et rédacteur en chef de l'*Union médicale*, notre ancien collaborateur, nos plus sympathiques condoléances. — Le Dr Bureau, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, décédé à St-Laurent-des-Eaux (Loir-et-Cher) à l'âge de 49 ans. Le Dr Bruny, de Cercoux, (Charente-Inférieure), reçu en 1875.

VIN ARQUD (viande, quina et fer). — Régénérateur puissant pour guérir : **Chlorose, Anémie profonde, Menstruations douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhée**

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

PASTILLES bi-borate de soude VIGIER, à 0 gr. 10 centig.
5 à 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.